УФ-14, версия 1

Информированное добровольное согласие на проведение отбеливания зубов в ООО «Антериор»

Я, _____(ФИО)
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: *отбеливание зубов.***

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен (а) с техническими особенностями процедуры ***отбеливания зубов*** и даю свое согласие на ее проведение.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по ***отбеливанию зубов,*** включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- после проведения сеансов отбеливания необходимый результат может быть не достигнут, т.е. отбеливающий эффект будет незначительным: всего на 0,5 –1 тон;
- возможно потемнение зубов до первоначального состояния;
- возможно повышение чувствительности зуба, появление болезненности при действии химических и термических раздражителей;
- возможно появление болезненности в области десневого края, а так же видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и др.
- возникновение цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а так же протезами, которые имеются в полости рта (в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы, в связи с чем пломбы и реставрации после проведения отбеливания, возможно, будут нуждаться в переделке.
- аллергические реакции и др.

Я осведомлен (а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных и керамических реставраций, изготовление керамических и металлокерамических конструкций.

Я знаю, что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а так же при проведении ортодонтического лечения.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в т.ч. крепкий чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Более того, при проведении отбеливания на фоне курения, появляется риск возникновения злокачественных новообразований. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я исключаю эти продукты и привычки, корректирую свой образ жизни и обязуюсь не реже 1 раза в полгода приходить в кабинет гигиены для прохождения контрольного осмотра. Я понимаю необходимость рентгенологического обследования при проведении контрольного осмотра, чтобы своевременно выявить и предупредить возникновение возможной резорбции корня.

Я предупрежден (а), что после проведения отбеливания в 70-90 % случаев в течение двух недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5-1 тон. И я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, прогнозировать достаточно затруднительно, по данным специальных исследований отбеленные зубы сохраняют свою белезну от полутора до пяти лет.

Я доверяю врачу и согласен (а) провести лечебные манипуляции по отбеливанию моих зубов.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____
_____ *(указать какие, если имеются исключения).*

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожною.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г